

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juin 2010

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Thalmann
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

L. _____, à Renens, recourante, représentée par Me Lorraine Ruf, avocate
à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 8 LPGA; art. 4 et 8 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assurée), née en 1955, de nationalité iranienne, vit en Suisse depuis 1989 et bénéficie d'un permis d'établissement. Elle a travaillé en qualité d'aide-soignante à l'E._____ à Ecublens et d'auxiliaire de la santé à Lausanne pour la S._____, section vaudoise.

Le 6 avril 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente, se prévalant d'un épuisement physique et psychique.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a demandé le dossier de l'assurée auprès de C._____, assureur-maladie d'indemnités journalières. Il en ressort que l'assurée a présenté les atteintes de décompensation somatoforme avec vertiges sur dysfonction vestibulaire en 2000 et de décompensation anxio-dépressive multifactorielle en 2005, attestées médicalement par le Dr N._____, médecine interne FMH à Prilly et médecin traitant de l'assurée, respectivement de trouble anxio-dépressif avec somatisation en 2005, selon le Dr M._____, psychiatre et psychothérapeute FMH à Lausanne et psychiatre traitant de l'assurée. Y figure également un rapport d'expertise du 10 avril 2006 du Dr X._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Lausanne, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sévère sans symptôme psychotique, avec somatisation, et retenant notamment ce qui suit:

"Les investigations entamées jusqu'à ce jour semblent adéquates et suffisantes. Les plaintes de la patiente concernant ses troubles de mémoire ressemblent à une pseudo-démence dans le cadre de son état dépressif. Une investigation plus approfondie par IRM ou des tests neuropsychologiques ne semblent pas pour l'instant impératifs et pourraient au contraire aggraver encore la conscience morbide. La prise en charge par le psychiatre et le traitement antidépresseur prescrit semblent adéquats. La relation thérapeutique avec le psychiatre est décrite comme bonne.

Le pronostic à court et moyen terme semble peu favorable. Des facteurs comme un retrait social important, une conscience morbide énorme, et surtout la manifestation des somatisations semblent des facteurs qui peuvent ralentir le processus de guérison. L'évaluation du psychiatre traitant telle que décrite dans son dernier courrier semble réelle.

Suite à son atteinte dans sa santé, Mme L. _____ n'est pas capable de travailler dans son poste d'auxiliaire de santé auprès de l'E. _____ avec un taux d'activité de 80%.

Vu que la patiente montre une bonne identification avec son lieu de travail actuel et qu'elle arrive à bien gérer son travail avec un taux réduit, on ne peut pas imaginer un meilleur emploi avec une activité mieux adaptée à l'état de santé actuel. Au contraire, une adaptation dans un nouveau poste de travail semble plutôt plus difficile, voire insurmontable pour la patiente vu ses problèmes psychiques.

L'état actuel de la patiente implique comme déjà attesté par ses médecins traitants une incapacité de travail à 50%. Vu l'évolution lentement favorable, une augmentation à 60% doit être exigée à partir du 1^{er} mai 2006. 60% de son engagement à 80% s'exprimeront sous la forme d'environ 4h de plus par semaine, ou moins d'une journée de plus.

La patiente fait-elle tout ce qui est en son pouvoir pour recouvrer sa capacité de travail et améliorer son état de santé? Oui, la patiente fréquente régulièrement les médecins et semble compliant quant à la thérapie médicamenteuse. Les problèmes envisagés lors du suivi thérapeutique et de l'approche psychothérapeutique sont liés à la situation psychosociale et socio-culturelle difficile avec une faible capacité d'introspection.

La légère augmentation du taux d'activité est à exiger vu que la patiente exerce son activité actuelle en effectuant deux jours entiers de travail par semaine. Etant donné qu'elle reste les autres jours de la semaine à la maison et qu'elle vit un retrait social important, l'obligation de se rendre une troisième fois sur son lieu de travail, même pour quelques heures seulement, pourrait avoir même un effet thérapeutique et aider la patiente à sortir de son isolement social, cela tout en considérant que Mme L. _____ décrit un bon contact avec ses collègues et une bonne entente dans son milieu professionnel.

Le référant est bien conscient du fait que l'assurée peut également vivre cette exigence d'augmenter légèrement son taux d'activité comme une mauvaise acceptation de sa souffrance. Cependant cet aspect ne peut pas être pris en considération dans le cadre d'une telle expertise.

A mentionner finalement le fait que la patiente fait encore quelques gardes de nuit chez un autre employeur. Cette activité est clairement contre-indiquée à l'état dépressif diagnostiqué, et l'incapacité de travail pour un travail de nuit est à considérer comme totale".

L'OAI a également requis l'avis du Dr M._____, lequel a, dans un rapport du 19 mai 2006, retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, sévérité moyenne depuis 1999, de trouble somatoforme douloureux depuis 1999 et de status post craniotomie pour méningiome depuis 1994, ainsi qu'une incapacité de travail de 100 % du 24 février au 13 mars 2005, puis de 50 % du 14 mars 2005 pour une durée indéterminée. Dans son annexe du 19 mai 2006, il a indiqué que l'assurée pouvait travailler à raison de 4 heures par jour dans son activité d'aide soignante, avec diminution de rendement, et qu'elle ne pouvait pas exercer une autre activité.

L'OAI a par ailleurs sollicité l'avis du Dr N._____, qui a posé le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques avec somatisation, depuis 1994, et retenu une incapacité de travail de 50 % depuis le 24 février 2005 dans l'activité d'aide-soignante. Ce praticien a également indiqué que l'assurée pouvait travailler au taux de 50 % dans son activité habituelle, avec diminution de rendement, et qu'elle ne pouvait pas exercer une autre activité (rapport et annexe du 09.06.2006).

Sur la base de ces documents médicaux, dans un rapport du 16 octobre 2006, le Dr W._____, du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), a retenu l'atteinte principale à la santé de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique, sans attester d'incapacité de travail ni retenir de limitations fonctionnelles; il a formulé sa motivation de la façon suivante:

"Assurée iranienne de 51 ans, réfugiée en Suisse depuis 1989, aide-soignante, qui présente un trouble dépressif récurrent. Le dossier médical comporte un rapport d'expertise psychiatrique du Dr X._____ (10.04.2006), mandatée par la C._____, un rapport du Dr M._____, psychiatre FMH, du 19.05.2006 et un rapport du Dr N._____, médecine interne FMH, du 09.06.2006. Dans le rapport d'expertise du Dr X._____, on relève la mention de quatre critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM (soit les critères B1 humeur dépressive, B3 fatigabilité, C6 troubles du sommeil et C7 modification de l'appétit). Il s'agit donc d'un épisode dépressif actuel léger. L'expert base son diagnostic sur des tests psychométriques et conclut à un «trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, avec somatisation» F33.21. Il faut

cependant relever que les tests psychométriques ne sont pas validés pour le diagnostic dans le cadre d'une expertise psychiatrique mais uniquement pour le suivi clinique des malades dépressifs. Le diagnostic doit être établi selon une classification reconnue, CIM-10 ou DSM-IV, qui toutes les deux sont basées exclusivement sur des critères cliniques. De plus, deux des trois tests utilisés indiquent un épisode dépressif moyen, seule l'échelle d'auto-évaluation indique une dépression sévère. L'expert a donc retenu comme diagnostic celui correspondant à la perception subjective qu'a l'assurée de son état. Il n'a donc pas fait preuve de l'objectivité et du sens critique que l'on attend d'un expert. Son diagnostic ne peut pas être validé.

Le Dr M. _____ retient quant à lui le diagnostic de «trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen» F33.1, alors que, dans ses constatations objectives, il ne fait aucune mention d'une quelconque altération de la thymie! Ce diagnostic est donc basé uniquement sur les plaintes de l'assurée et ne répond nullement aux critères d'objectivité requis dans un contexte asséurologique. Le Dr M. _____ retient le diagnostic de «trouble somatoforme douloureux». Toutefois ce diagnostic doit être réfuté car il ne peut pas être posé en présence d'un trouble de l'humeur (CIM-10 : F45.4, B. critères d'exclusion); le trouble de l'humeur est clairement préexistant puisqu'un trouble dépressif est mentionné depuis 1999. L'expert psychiatre n'a d'ailleurs pas retenu le trouble somatoforme mais une «somatisation» dans le cadre du trouble dépressif. Le Dr M. _____ parle d'un «réel isolement social». Pourtant l'assurée a conservé une activité professionnelle à mi-temps dans un E. _____ et a des contacts très investis avec sa fille. Il ne s'agit donc manifestement pas d'un retrait social grave susceptible de justifier une incapacité de travail.

Sur la base des trois rapports médicaux au dossier, je constate qu'aucun médecin n'a objectivé l'un quelconque des symptômes dépressifs constituant des limitations fonctionnelles psychiatriques pouvant diminuer la capacité de travail, à savoir une diminution de l'énergie, une diminution de la volonté, un ralentissement psychomoteur, des troubles cognitifs et une angoisse déstructurante.

L'assurée travaille à 50% depuis mars 2005. Or il se trouve qu'aussi bien le rapport d'expertise que les deux rapports médicaux concluent, sans arguments médicaux objectifs, à une capacité de travail de 50%. Il est dès lors évident que ces conclusions ne sont que la validation d'un état de fait, mais certainement pas le reflet de l'exigibilité médico-théorique sur laquelle doit reposer la décision de l'Al.

S'il est indéniable que cette assurée a eu un vécu pénible avec un déracinement en 1989, un passé de femme battue, un divorce en 1991 et un méningiome en 1994, du point de vue strictement médical, elle ne présente actuellement pas une atteinte à la santé limitant sa capacité de travail. En effet, sur la base des éléments médicaux objectifs et concordant que l'on peut tirer de trois rapports médicaux récents, on doit retenir le diagnostic de «trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique» F33.01. On constate l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques et

on doit donc conclure en toute logique à une exigibilité médicale de 100% dans toute activité".

Dans un projet de décision du 20 octobre 2006, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui nier le droit à des prestations de l'AI, du fait qu'aucun des médecins n'objectivait clairement une atteinte à la santé constituant des limitations fonctionnelles psychiatriques pouvant diminuer la capacité de travail, laquelle n'était donc pas médicalement justifiée.

B. Par courriers des 20 novembre 2006 et 31 janvier 2007, l'assurée a contesté ce préavis, faisant valoir en particulier que le rapport du Dr W._____, incomplet, ne permettait pas de statuer sur le droit à des prestations d'invalidité, et qu'une expertise pluridisciplinaire n'avait pas été mise en œuvre. Elle a déposé un rapport du 22 novembre 2006 du Dr N._____, exposant ce qui suit:

"Je suis particulièrement surpris des commentaires de notre collègue de l'AI qui n'a pas vu la patiente, qui n'a pas retenu les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr X._____ qui mentionne selon le questionnaire de Beck une dépression sévère, de même que sur l'échelle H de Beck, un sentiment de désespoir élevé. Il est également permis de réfuter l'hypothèse que les symptômes dépressifs qui constituent des limitations fonctionnelles n'ont pas été observés et, ce qui est tout à fait le cas chez notre patiente, et qui mérite certainement une rectification.

Par ailleurs, après discussion après le Dr M._____ avec lequel je vous suggère de prendre contact, il réfute le mode de raisonnement de notre collègue, sur les exclusions et inclusions diverses des pathologies intriquées de Mme L._____.

A titre de commentaires supplémentaires, on peut assurer que la patiente vit un retrait social important, en vivant mal son activité professionnelle pour des raisons psychologiques, qu'elle présente un isolement social indéniable, puisqu'elle ne peut plus pour raisons psychologiques toujours fréquenter ses connaissances et lorsqu'elle fait ceci, cela se passe dans des conditions psychologiques désastreuses et extrêmement angoissantes pour elle.

Au plan somatique, la patiente présente depuis plus d'une année maintenant des épisodes de céphalées, parfois extrêmement importantes, qui ont motivé une hospitalisation et des investigations neuroradiologiques complètes et qui donc ont été prises à l'époque au sérieux, elle présente des vertiges importants, récurrents, qui ont évolué de manière intermittente depuis 1999 et qui la perturbent pour sortir de chez elle, qui lui causent de nombreux accidents ainsi que des chutes.

Dans ces conditions, je pense qu'il est parfaitement injustifié de dire que la patiente ne présente pas de troubles somatiques importants".

L'assurée a en outre remis un rapport du 26 décembre 2006 établi par le Dr M._____, qui, se référant à un article joint par ce psychiatre de la revue médicale suisse au sujet des troubles somatoformes, comporte les remarques suivantes au sujet du rapport du SMR:

"Mme L._____ vit une lente évolution dépressive depuis plusieurs années avec, comme c'est fréquemment le cas dans les états dépressifs chroniques, l'apparition de somatisations et de douleurs de type fibromyalgie. Cette évolution se rencontre souvent chez des personnes présentant une faible capacité d'introspection, ce qui est le cas de Mme L._____ qui a mis beaucoup de temps à accepter la réalité de son état dépressif et des liens entre celui-ci et les événements douloureux de son existence mentionnés dans le rapport AI.

Les critiques du Dr W._____, auteur du rapport SMR, sont sur un point justifiées : en effet je n'ai pas fait mention de l'altération de la thymie, effectivement présente chez Mme L._____, oubli qui ne préjuge en rien des critères d'objectivité puisque la thymie, c'est-à-dire l'humeur, est essentiellement un état subjectif.

La question de la réfutation du trouble somatoforme douloureux (TSD) en raison de la présence d'un état dépressif concomitant peut être considérée comme une interprétation abusive de la part du Dr W._____. En effet, le TSD ne peut être diagnostiqué en même temps que l'état dépressif si l'apparition est concomitante, mais non après des années d'un état chronifié, dont on sait qu'elle en est souvent l'aboutissement. J'en veux pour preuve la comorbidité constatée dans toute la littérature scientifique entre état dépressif et TSD (cf. articles en annexe), comorbidité acceptée par le Tribunal fédéral des assurances [...]. On préférera le critère F45.4, alinéa E du DSM IV (manuel diagnostic américain mondialement utilisé et faisant référence au Département de Psychiatrie du CHUV) qui accepte la comorbidité si "...la douleur n'est pas mieux expliquée par un Trouble de l'humeur, un Trouble anxieux ou un Trouble psychotique..." [...].

Pour ce qui concerne l'isolement social, je me réfère à mon rapport pour l'AI dans lequel je précise bien que, hormis sa fille, son travail est son seul ancrage social.

Pour en finir avec le rapport du Dr W._____, on peut être étonné que les mots "aboulie, état d'épuisement, adynamie" n'aient pu être traduits par ses soins (faute de connaissances en matière de vocabulaire psychiatrique?) en "diminution de l'énergie et diminution de la volonté", critères reconnus comme limitations fonctionnelles psychiatriques pouvant diminuer la capacité de travail!

En conclusion, je pense que la limitation de travail de Mme L._____ pour des raisons principalement psychiatriques est patente et se monte actuellement à 50%. Le risque étant que le courage que la patiente a montré depuis des années s'éémousse en cas de refus de rente et que nous nous retrouvions bientôt avec une incapacité de travail complète [...]"

Sur proposition d'un juriste de l'OAI, le cas a à nouveau été soumis au Dr W._____, qui a notamment indiqué, dans un rapport du 26 février 2007, que les facteurs d'invalidité étaient beaucoup plus psychosociaux que médicaux; ce médecin a toutefois proposé une nouvelle expertise psychiatrique.

Les 31 mai et 20 juin 2007, l'assurée a été examinée par le Dr Z._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Lausanne. Dans son rapport d'expertise du 26 juillet 2007, celui-ci, assisté de V._____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, a posé les diagnostics d'état dépressif majeur de gravité légère à moyenne, récurrent, et de trouble somatoforme indifférencié (axe I), de personnalité histrionique (axe II) et d'émancipation de sa fille, difficultés professionnelles (axe IV). Il a fait état d'une capacité résiduelle de travail de 50 % pour toute activité dès le 14 mars 2005 et a en particulier retenu les motivations suivantes:

"Madame L._____ est une femme d'origine persane née en 1955. L'enfance apparaît heureuse, sans notion de carence affective, ni maltraitance. Il n'y a pas d'éléments en faveur d'antécédents de trouble psychiatrique au sein de sa famille directe, proche ou étendue, qui puisse valoir pour un terrain de vulnérabilité constitutionnelle.

On sait un mariage difficile avec un homme décrit comme violent, maltraitant, rabaissant l'assurée débouchant sur un divorce en 1991. Madame L._____ a travaillé à 80% comme aide infirmière à E._____.

Dans le contexte de l'émancipation de sa fille unique avec laquelle elle entretient une relation fusionnelle, Madame L._____ présente des somatisations associées à des épisodes dépressifs dès 1999 justifiant plusieurs incapacités de travail.

[...]

Le long entretien que nous avons eu avec Madame L._____, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer, le résultat des examens paracliniques et la lecture attentive du dossier

en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue psychopathologique, Madame L. _____ présente actuellement une symptomatologie parlant pour un état dépressif majeur de gravité légère à moyenne, probablement récurrent dont l'évolution, depuis 2005 a été relativement favorable sous traitement médical bien conduit, associant psychothérapie et Cipralax.

Les symptômes physiques ici paraissent surinvestis. Frappent l'abondance des signes, la multiplicité des plaintes et l'asthénie qui semble d'ailleurs être un élément essentiel pour lequel l'assurée impute la restriction de son activité professionnelle, ses défaillances. Cette asthénie par ailleurs paraît se montrer plus sensible aux influences psychologiques, aux circonstances extérieures plutôt qu'aux prises en charge médicamenteuses. Madame L. _____ mentionne des algies diverses évoluant en fonction du temps, des moments, pour lesquelles les différentes investigations médicales n'ont pas pu apporter d'explications formelles et définitives.

Il n'est dès lors pas étonnant que l'hypothèse d'une fibromyalgie (trouble somatoforme indifférencié selon le DSM IV) ait été évoquée, concept de médecine interne qui, dans ce cas, regroupe surtout un ensemble de symptômes psychosomatiques ou de conversion que l'on retrouve fréquemment dans le cadre de la personnalité histrionique, telle que présentée par l'assurée.

En effet, cette situation peut être comprise dans son ensemble, de notre point de vue qu'à l'analyse de cette dimension psychique qui justifie les faibles capacités adaptatives, la tendance aux somatisations, à la conversion, voire à l'hypocondrie qui, classiquement, peut survenir chez ce type de sujet. En effet, quand ce type de personnalités perd en partie leur étayage affectif (dans ce cas, émancipation de sa fille, diminution peut-être de la reconnaissance professionnelle), ils acceptent difficilement le vieillissement, la baisse de leur activité, probablement un certain isolement affectif. Les capacités de remise en question de l'assurée sont somme toute limitées. La psychothérapie vise alors surtout au soutien et au maintien d'un équilibre psychique relativement précaire.

Notre analyse concorde avec celle du Dr M. _____, psychologue FMH, s'agissant de la capacité de travail, qui de notre point de vue, doit être considérée comme étant de 50% sur la base d'un temps plein dès le 14.3.2005. En effet, le contexte psychosocial, affectif ne paraît somme toute pas grandement défavorable. Il n'y a pas de facteurs de stress aigu qui puissent expliquer une aggravation soudaine de son équilibre psychique et justifier une incapacité de travail totale.

Cette incapacité de travail à 50% permet d'une part de prendre en compte la fragilité psychique de Madame L. _____, l'existence d'un fond dépressif assez clair, tout en sachant que, dans ce type de constellation, tout risque de surstimulation en général a un effet délétère. De notre point de vue, une incapacité de travail complète ne semble pas justifiée, car il existe aussi des facteurs qui sortent du

champ médical, tel que le vieillissement, les difficultés économiques, les perspectives professionnelles, qui expliquent aussi pourquoi Madame L._____ semble actuellement s'attacher tant à ses "symptôme" pour justifier une incapacité de travail complète, car ils offrent aussi des solutions bien réelles à des problèmes de réalité.

De surcroît, si elle ne se justifie pas non plus médicalement, une incapacité de travail totale risque encore de chroniciser l'assurée qui va organiser son existence sur un mode régressif qui, d'une façon ou d'une autre, favorise assurément un mode de vie parasitaire et risque de conduire l'assurée à une impasse: l'isolement, l'inactivité ne faisant que renforcer les affects dépressifs, la tendance aux somatisations, puis à la conversion éventuellement, pour attirer l'attention de leur entourage, et celui-ci, subséquent à la longue, finit souvent par s'épuiser.

Au niveau médical les mesures ad hoc ont été entreprises. Il s'agit surtout dans ce type de situation d'éviter la multiplication des investigations médicales à visée exploratoire car le risque de iatrogénèse est important. Enfin, le traitement ici fait appel surtout à la modestie des ambitions thérapeutiques; le suivi psychothérapeutique est essentiel, assorti d'une bonne communication, ce qui paraît à l'évidence être le cas entre le Dr N._____ et le Dr M._____".

Suite à cette expertise, dans un rapport du 10 août 2007, le Dr W._____ a indiqué ce qui suit:

"Compte tenu des atteintes à la santé mises en évidence par l'expert, nous devons analyser les critères de Mayer-Blaser. Nous relevons l'absence d'affection corporelle chronique, l'absence de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, la présence de divergences entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs à caractère vague et l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante, l'état dépressif étant léger et le trouble de la personnalité n'étant pas décompensé et n'entraînant aucune limitation fonctionnelle. Les critères de gravité du trouble somatoforme douloureux ne sont donc pas remplis.

En vertu de la jurisprudence en vigueur concernant le trouble somatoforme douloureux, l'incapacité de travail de 50% que présente cette assurée n'ouvre pas le droit aux prestations de l'AI".

Par décision datée du 22 janvier 2008, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'AI, en relevant qu'aucun des médecins consultés par celle-ci n'objectivait clairement une atteinte à la santé constituant des limitations fonctionnelles psychiatriques pouvant diminuer la capacité de travail, laquelle n'était donc pas médicalement justifiée.

C. Par acte du 29 janvier 2008, l'assurée défère cette décision au Tribunal des assurances et conclut, avec suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer sa capacité de travail résiduelle, principalement à l'octroi d'une rente dont la quotité sera fixée à dire de justice et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. Se prévalant des conclusions retenues par les Drs Z._____, M._____ et X._____, elle allègue qu'elle souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et soutient que les critères posés par la jurisprudence pour retenir cette affection comme invalidante sont remplis dans son cas, contrairement à l'avis du Dr W._____. Elle se prévaut par ailleurs, selon l'avis des Drs X._____ et Z._____, d'une incapacité de travail de 50 %, ouvrant le droit à tout le moins à une demi-rente.

Dans sa réponse du 17 mars 2008, l'OAI conclut au rejet du recours, expliquant en substance, sur la base des constatations du Dr Z._____, que les différentes conditions posées par la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux ne sont pas remplies.

Par réplique du 26 juin 2008, l'assurée confirme sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante.

Par duplique du 7 août 2008, l'OAI conclut au rejet de la requête d'expertise ainsi qu'au rejet du recours et maintient sa position.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le

recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA); les délais fixés par la loi ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

En l'espèce, la recourante soutient que la décision attaquée, datée du 22 janvier 2008, lui a été adressée par courrier du 13 décembre 2007 et qu'elle n'a pas pu en prendre connaissance avant le 14 décembre 2007. Compte tenu de la suspension des délais (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours, daté du 29 janvier 2008, a donc été déposé dans le délai légal de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Pour le surplus, répondant aux conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever

d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

c) La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de

classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50; 132 V 65 consid. 4.2.1).

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence citée). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins,

de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65; 130 V 352; TF 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

3. En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, telle que refusée par la décision du 13 décembre 2007.

a) Au vu des pièces médicales du dossier, la recourante présente, avec un état dépressif majeur concomitant, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (rapport du 19.05.2006 du Dr M._____), respectivement de trouble somatoforme indifférencié (rapports du 26.07.2007 du Dr Z.____ et du 10.08.2007 du Dr W.____). Dans un premier temps, se prévalant des critères de classification internationale selon la CIM-10, ce médecin du SMR avait retenu que le trouble somatoforme douloureux persistant ne pouvait être établi, un trouble dépressif étant attesté antérieurement (rapport du 26.02.2007). Sur ce point, le Dr M.____, psychiatre, a rétorqué que, contrairement à l'avis du Dr W.____, le trouble somatoforme douloureux ne peut être diagnostiqué en même temps que l'état dépressif si l'apparition est concomitante, mais non après des années d'un état chronifié, dont on sait qu'elle en est souvent l'aboutissement (rapport du 26.12.2006). Le Dr W.____, se référant aux diagnostics retenus par le Dr Z.____ (expertise du 26.07.2007) a ensuite retenu le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, tout en soutenant que les critères de gravité de ce trouble n'étaient pas remplis (rapport du 10.08.2007).

b) On retiendra donc, avec les parties, que la recourante présente, outre celui de trouble dépressif, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, respectivement de trouble somatoforme indifférencié. La question de savoir si pareille atteinte à la santé revêt un caractère invalidant est en revanche contestée, ce qu'il convient

d'examiner à l'aune des critères retenus par la jurisprudence rappelée ci-dessus.

L'office intimé fait sien l'avis du Dr W._____. Ce médecin a relevé, au titre des critères de gravité du trouble somatoforme, l'absence d'affection corporelle chronique, l'absence de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, la présence de divergences entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs à caractère vague et l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante, l'état dépressif étant léger et le trouble de la personnalité n'étant pas décompensé et n'entraînant aucune limitation fonctionnelle; il a ainsi retenu que, au regard de la jurisprudence concernant le trouble somatoforme douloureux, l'assurée n'avait pas droit aux prestations de l'AI (rapport du 10.08.2007).

Or, le Dr Z._____ a indiqué que l'assurée présentait une symptomatologie parlant pour un état dépressif qualifié de majeur, de gravité légère à moyenne, probablement récurrent, depuis 2005, et a retenu le diagnostic d'état dépressif majeur de gravité légère à moyenne, récurrent (expertise du 26.07.2007). Pour sa part, le Dr X._____ a également retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sévère sans symptôme psychotique, avec somatisation; il a relevé que le pronostic semblait peu favorable, mettant en exergue un retrait social important, une conscience morbide énorme et la manifestation des somatisations (expertise du 10.04.2006). Quant aux Drs M._____ et N._____, ils ont signalé, respectivement, un trouble dépressif récurrent, sévérité moyenne (rapport du 19.05.2006) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques avec somatisation (rapport du 09.06.2006). Dans ces conditions, et en particulier compte tenu de l'avis du Dr Z._____, on retiendra, au degré requis de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée présente au premier plan un état dépressif majeur, soit une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, soit une atteinte à la santé que la jurisprudence tient à elle seule pour invalidante (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner si les autres critères posés par la jurisprudence et permettant de reconnaître un caractère invalidant aux troubles somatoformes douloureux (processus maladif sans rémission durable, affections corporelles chroniques, perte d'intégration sociale et échec des traitements ambulatoires ou stationnaires) sont remplis.

On relèvera par surabondance que, confronté aux avis des médecins psychiatres consultés, l'avis du Dr W._____, qui considère que ces critères ne sont pas remplis (rapport du 10.08.2007), reste isolé. Par ailleurs, on ne saurait dire que les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Les différents médecins et experts ne l'ont en tout cas pas signalé et, si l'on se rapporte à la description qu'en font les Drs X._____, (rapport du 10.04.2006) et Z._____ (rapport du 26.07.2007), les plaintes de l'assurée sont authentiques. Du reste, ces spécialistes ne relèvent pas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé. A cela s'ajoute que l'assurée consulte un psychiatre, soit le Dr M._____, depuis plusieurs années et qu'il n'y a pas de divergence entre les informations fournies par l'intéressée et celles ressortant des anamnèses posées par les psychiatres, ainsi les experts X._____ (rapport du 10.04.2006) et Z._____ (rapport du 26.07.2007). Enfin, dès lors que le Dr Z._____ a évoqué un certain isolement affectif ainsi qu'un équilibre psychique relativement précaire (expertise du 26.07.2007, p. 19) et que les Drs X._____ (rapport du 10.04.2006, p. 6), N._____ (rapport du 22.11.2006) et M._____ (rapport du 26.12.2006) ont évoqué un isolement social important, on ne saurait parler d'environnement psychosocial intact.

Cela étant, il y a lieu de constater que l'expertise du Dr Z._____ se fonde sur une anamnèse détaillée, la prise en compte des plaintes de l'assurée et des pièces médicales figurant au dossier, des examens approfondis du point de vue psychique, une appréciation du cas dûment étayée et convaincante ainsi que des conclusions claires et motivées, de sorte qu'une pleine valeur probante doit lui être reconnue.

Les constatations et diagnostics de cet expert sont en outre corroborés par l'avis des Drs X._____ (rapport du 10.04.2006), N._____ et M._____. On s'écartera donc de l'avis contraire du médecin conseil du SMR, le Dr W._____, lequel n'est pas psychiatre. L'instruction s'avérant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre l'expertise judiciaire requise par la recourante.

d) S'agissant de la capacité de travail, il y a également lieu de se rapporter aux conclusions des psychiatres pour retenir que la recourante présente, en raison de ses troubles psychiques, une incapacité de travail de longue durée à compter du 24 février 2005, arrêtée à 50 % dans toute activité à compter du 14 mars 2005 (rapport du 09.06.2006 du Dr N._____, du 19.05.2006 du Dr M._____ et expertise du 26.07.2007 du Dr Z._____, en particulier p. 12). Le degré d'invalidité de la recourante se confondant avec celui de l'incapacité de travail durable dans son activité comme dans toute activité, la recourante a donc droit à une demi-rente d'invalidité à compter du mois de février 2006, soit après l'écoulement du délai de carence d'une année (art. 28 LAI).

4. a) En conclusion, fondé, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée dans le sens de ce qui précède.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, tels les offices AI des cantons au sens des art. 54 ss LAI.

c) La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon l'art. 7 TFJAS (Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances

sociales, RSV 173.36.5.2), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 fr. En l'espèce, vu l'issue du litige et compte tenu de la difficulté du dossier, il y a lieu de fixer ces dépens à 1'500 francs.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 13 décembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante L. _____ a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du mois de février 2006.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante L. _____ un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV. Il n'est pas perçu d'émoluments judiciaires.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Lorraine Ruf, avocate à Lausanne (pour L. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :